

VU Research Portal

Antwoord Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging op reactie van het artsenoverleg van de WAA op de Medische Paragraaf

Wilken, A.; Akkermans, A.J.

published in

Letsel & Schade
2013

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Wilken, A., & Akkermans, A. J. (2013). Antwoord Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging op reactie van het artsenoverleg van de WAA op de Medische Paragraaf. *Letsel & Schade*, 2013(3), 25-32. [2051].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

kundige ingrepen mag uitvoeren of ligt het aan de benadering van deze kwestie door deze rechter? De wetgever wilde met de opsomming van voorbehouden handelingen niet meer regelen dan strikt noodzakelijk en het is de vraag of het maken van lijsten wie welke operaties mag verrichten praktisch haalbaar zou zijn en voor deze casuspositie een oplossing zou hebben geboden.

Met de hierboven beschreven liberalisering van de uitoefening van de geneeskunde en onder invloed van het neoliberalisme toenemende ‘vermarkting’ van zorg werd concurrentie op prijs en kwaliteit een feit en de weg vrijgemaakt voor zelfstandige behandelcentra en privéklinieken. Het gevolg daarvan is dat de zorgvrager nu meer en meer in de rol van ‘consument’ wordt gedrongen. Die moet dan wél weten hoe met zorg te kiezen, maar dient tegelijk ook beschermd te worden. Dit impliceert, conform de beginselen van het consumenten- en productaansprakelijkheidsrecht, dat er een aangepast wettelijk kader ter bescherming van de zorgconsument zou moeten komen om slachtoffers, zoals de vrouwen die zich lieten opereren in privéklinieken waar de gynaecoloog werkte, te kunnen helpen beter hun recht te halen.

Dan de rechtspraak. Wat betreft de juridische rationaliteit zijn er meerdere rechtsbeginselen ten behoeve van een

billijke rechtspraak en een belangrijke daarvan is de eis van reproduceerbaarheid in het recht: het mag voor de rechtzoekende niet uitmaken welke rechtbank er oordeelt over diens eis – het rechtseenheidsbeginsel. Die abstracte eis dient geconcretiseerd maar ook gecontroleerd te worden. In een recent WRR-rapport wordt aanbevolen meer empirisch onderzoek te doen naar die inhoudelijke aspecten van rechtspraak, zo krijg je meer transparantie en betere feedback.¹⁶ Het is – begrijpelijk – een belangrijke kwaliteitsdoelstelling van de Raad voor de Rechtspraak.¹⁷ We zien hier hoe bij drie civielrechtelijke procedures over een in essentie zelfde feitencomplex er geen eenvormige besluitvorming is: in tegenstelling tot twee eerdere procedures moeten de vier eiseressen in de uitspraak van 2013 wél het causale verband bewijzen. Deze vergelijking toont geen rechtseenheid.

Al met al bieden al deze tucht- en civielrechtelijke procedures rond dezelfde arts en de door hem uitgevoerde heelkundige ingrepen een venster op een bredere problematiek, zoals hierboven omschreven, die de aandacht van de wetgever en de rechtspraak meer dan verdienen. Het gaat namelijk over de elementaire openingsvraag van dit artikel hoe de overheid wat betreft medische zorg haar burgers afdoende beschermt tegen charlatans.

I 205 | **Antwoord Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging op reactie van het artsenoverleg van de WAA op de Medische Paragraaf**

mr. A. Wilken
prof.mr. A.J. Akkermans

In L&S 2012/315 (afl. 3) publiceerden dr. A.Th.M. Verhoeven en mr.drs. H.H. Stad namens het artsenoverleg van de WAA een reactie op de Medische Paragraaf van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging. Met onderstaande brief hebben onderzoekers Akkermans en Wilken van deze projectgroep op het standpunt van het artsenoverleg gereageerd. Puntsgewijs nemen zij de kritiek van het artsenoverleg door.

Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht Vrije Universiteit Amsterdam
VU Medisch centrum
Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging

Werkgroep Artsen Advocaten
t.a.v. de heer A. Verhoeven en de heer H.H. Stad

(...)
Amsterdam, 24 mei 2013
(..)

Mijne heren,

Dank voor uw uitgebreide brief van 21 september jl. waarin u namens (het Artsenoverleg van) de WAA reageert op de inhoud van de Medische Paragraaf bij de GBL. Uit uw reactie begrijpen wij dat de WAA er moeite mee heeft dat zij – als organisatie – niet expliciet bij de totstandkoming is betrokken. Daarnaast wordt een aantal inhoudelijke bezwaren naar voren gebracht waarbij de opleidingseisen die in de Medische Paragraaf aan de medisch adviseur worden gesteld, het grootste bezwaar lijkt te zijn.

¹⁶ D. Broeders et al. (red.), *Speelruimte voor transparante rechtspraak*, Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press 2013, p. 84-85

¹⁷ Zie Raad voor de Rechtspraak, *De rechtspraak. Jaarverslag 2012*, p. 21.

Wij maken graag van de mogelijkheid gebruik om op uw bezwaren te reageren. Gelet op de bezwaren die zich richten op het proces van totstandkoming, zullen we in deze reactie eerst ingaan op de manier waarop de Medische Paragraaf tot stand is gekomen en op welke wijze daarbij de hulp van deskundige professionals uit de letselschadewereld is ingezet.

Ondanks dat de Medische Paragraaf inmiddels in zijn definitieve vorm is verschenen, vinden wij het zinvol om daarnaast ook in te gaan op uw inhoudelijke bezwaren. Allereerst geldt voor een deel van de bezwaren dat deze meegenomen kunnen worden in het kader van een eerste evaluatie van de Medische Paragraaf (en de daarbij behorende werkdocumenten) die na verloop van tijd zal gaan plaatsvinden. Een groot deel van de overige inhoudelijke bezwaren betreft overwegingen die in het totstandkomingsproces van de Medische Paragraaf uitgebreid aan de orde geweest, zoals kan worden teruggelezen in de notulen van de verschillende expertmeetings en werkgroepen die allen zijn gepubliceerd op de website van de Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging van de VU (hierna: de Projectgroep).¹ Het een en ander zullen wij in het vervolg van deze reactie nader toelichten.

1. De totstandkoming van de Medische Paragraaf

Bij de totstandkoming van de Medische Paragraaf is op verschillende manieren samengewerkt met een groot aantal professionals uit de letselschadewereld.

In de eerste fase van het project zijn er twee expertmeetings georganiseerd waarin de knelpunten in het medisch beoordelingstraject zijn geïnventariseerd en besproken, en waarin eveneens een begin is gemaakt met het uitdenken van mogelijke oplossingsrichtingen. Het een en ander is uitgewerkt in het rapport *'Medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen'* dat medio 2010 is verschenen.

Uit het rapport en de expertmeetings kwam naar voren dat veel knelpunten in het medisch beoordelingstraject samenhangen met twee kernproblemen, namelijk (i) de uitwisseling van medische informatie, en (ii) de rol en de positie van de medisch adviseur. In de tweede fase van het project zijn twee werkgroepen samengesteld waarin deze kernproblemen zijn aangepakt. In deze werkgroepen is een groot aantal van de werkdocumenten bij de Medische Paragraaf ontwikkeld en is eveneens het gedachtegoed ontwikkeld dat aan de Medische Paragraaf ten grondslag ligt. Zoals hiervoor al kort aan de orde kwam, zijn zowel van deze werkgroepbijeenkomsten als

van de expertmeetings verslagen gemaakt die allemaal openbaar zijn gemaakt via de website van de Projectgroep. Deze voorbereidende documenten bevatten veel achtergrondinformatie en kunnen van nut zijn bij het toepassen, interpreteren en bekritisieren van de Medische Paragraaf. In de laatste fase van het project zijn uiteindelijk de Medische Paragraaf en de daarbij behorende werkdocumenten in hun definitieve vorm ontwikkeld.

Zowel het rapport *'Medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen'* als de Medische Paragraaf zijn in concept voorgelegd aan de vele professionals die op persoonlijke titel aan de totstandkoming van de Medische Paragraaf hebben meegewerkt. Daarnaast zijn deze documenten in concept op zowel de website van de Projectgroep, als op de website van De Letselschade Raad gepubliceerd, met daarbij de uitnodiging aan de letselbranche om op de inhoud van deze concepten te reageren. Daarnaast is er in publicaties in diverse vakbladen en door middel van signaleringen in een aantal digitale nieuwsbrieven ruimschoots aandacht besteed aan (de inhoud van) zowel voornoemd (concept)rapport als de Medische Paragraaf en de mogelijkheid om hierop te reageren. Van deze mogelijkheid is door meerdere personen en organisaties gebruik gemaakt.

2. Samenwerking met professionals uit de branche op persoonlijke titel

De deelnemers aan de expertmeetings en de werkgroepen zijn allemaal professionals afkomstig uit de letselschadewereld. Deze professionals zijn betrokken bij verschillende organisaties (zoals het Verbond van Verzekeraars, het Nederland Instituut van Schaderegeelaars (NIS), de Vereniging van Letselschade Advocaten (LSA), Slachtofferhulp Nederland, ANWB Rechtshulp, SRK Rechtsbijstand, de KNMG, de GAV en ook de WAA), maar hebben allemaal op persoonlijke titel aan de totstandkoming van de Medische Paragraaf meegewerkt. Met deze werkwijze – vertegenwoordigers uit beide 'bloedgroepen' die op persoonlijke titel meedenken – hebben wij inmiddels in diverse projecten veel en goede ervaringen opgedaan. Het meest bekende product van deze werkwijze is de IWMD Vraagstelling Causaal Verband bij Ongeval. Ook bij de totstandkoming van de Medische Paragraaf heeft deze werkwijze wat ons betreft zeer naar tevredenheid gewerkt.

De keuze van de Projectgroep om de verschillende brancheorganisatie als zodanig niet expliciet bij de totstandkoming van de Medische Paragraaf te betrekken, is een bewuste geweest. Wanneer men werkt met deelne-

¹ www.rechten.vu.nl, > Onderzoek, > Onderzoekscentra, > Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging, > Projecten, > Het medisch beoordelingstraject bij letselschade.

mers die ook in formele zin een organisatie vertegenwoordigen, noodzaakt men deze deelnemers tot het bewaken van het eigen mandaat en het houden van ruggespraak met de eigen achterban. Onze ervaring is dat een dergelijke werkwijze – gelet op de bestaande tegenstellingen in de branche – veel minder kansrijk is om binnen een acceptabele termijn tot constructieve oplossingen te leiden. Constructieve oplossingen plegen naar onze ervaring dichterbij te worden gebracht op grond van een intensief inhoudelijk debat, dat wordt gevoerd vanuit een engagement voor het vinden van oplossingen die zo veel mogelijk recht doen aan alle betrokken belangen. Bij deelname op persoonlijke titel blijkt de kans groter te zijn dat die inhoudelijke overwegingen en dat engagement daadwerkelijk voorop komen en blijven staan, en dat met succes creatief wordt gezocht naar een haalbare verzoening met ‘partijstandpunten’ en ‘eigenbelang’ van individuen of organisaties.

Overigens is onze ervaring dat er door de deelnemers – ondanks deelname op persoonlijke titel – wel regelmatig *informeel* ruggespraak wordt gehouden binnen de verschillende organisaties waaraan zij zijn verbonden en dat binnen die organisaties ook bekend is dat de personen in kwestie deelnemen aan (een van) onze projecten. In die zin vindt dus wel degelijk overleg met de achterban plaats. Wij hebben ons dan ook verbaasd over een eerdere brief van het bestuur van de WAA van 4 mei 2012 waarin de (onjuiste) suggestie wordt gewekt dat het de deelnemers aan de expertmeetings en de werkgroepen niet vrij zou staan om inhoudelijk naar hun achterban terug te koppelen.

Voorts hebben alle brancheorganisaties gebruik kunnen maken van de digitale open uitnodiging om op de conceptversies van het rapport ‘*Medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen*’ en/of de Medische Paragraaf (en de daarbij behorende werkdocumenten) te reageren. Verschillende organisaties hebben dat ook gedaan. Helaas is door (het Artsenoverleg van) de WAA niet van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Wellicht ten overvloede merken we nogmaals op dat er wel diverse leden (zowel artsen als advocaten) van de WAA bij de totstandkoming van de Medische Paragraaf betrokken zijn geweest, en het gedachtegoed en de input van deze betrokken dus ook bij de totstandkoming van de Medische Paragraaf is meegenomen.

3. Inhoudelijke bezwaren WAA

Opmerkingen ter evaluatie

Wij stellen voorop dat uw reactie op de Medische Paragraaf een aantal suggesties bevat die zeker het overdenken waard zijn. Wij zullen deze suggesties – die onderstaand puntsgewijs zijn weergegeven – doorgeleiden naar De Letselschade Raad met het advies deze mee te

nemen in een eerste evaluatie van de Medische Paragraaf.

- Het toepassen van herkenbare afkortingen voor de verschillende betrokkenen om de duidelijkheid en leesbaarheid van de Medische Paragraaf te vergroten (zoals bijvoorbeeld: MAS, BB, MAA en SBA).
- Bij goede praktijken aangeven tot welke betrokke(n) de betreffende goede praktijk zich richt (dus indien mogelijk de adressant aangeven).
- De werkdocumenten waarnaar in de Medische Paragraaf verwezen wordt, voorzien van een verwijzing in de vorm van paginanummers en een directe link.
- Het scheiden van de ‘goede praktijken’ en de toelichting daarop, zodat de Medische Paragraaf makkelijker leesbaar en hanteerbaar wordt en herhaling kan worden voorkomen.
- Het waarborgen van het medisch geheim op het moment dat gebruik wordt gemaakt van elektronische communicatiemiddelen.
- Zinsnede ‘Maar zolang dit nog geen gemeengoed is, moet worden aanvaard dat het niet helemaal zonder consequenties kan zijn dat de medisch adviseur werkt in opdracht van een partij’ aanvullen met ‘en en zich derhalve verschillen van mening, visie, inschatting en/of interpretatie van gegevens voor kunnen doen’ (p. 50 MP).
- Toevoegen van een optionele vraag naar het percentage functieverlies aan de ‘IWMD Vraagstelling Causaal Verband bij Ongeval’.

Het valt ons op dat u in de Medische Paragraaf leest dat medisch adviseurs de oorzaak zouden zijn van vertragingen in het medisch beoordelingstraject. Voor zover ons bekend, staat dit nergens met zoveel woorden en wij zijn ons er ook niet van bewust dat dit ergens zou worden geïmpliceerd. Omdat het nadrukkelijk niet de bedoeling is dat de tekst van de Medische Paragraaf op deze wijze kan worden geïnterpreteerd, zouden wij graag van u vernemen waar u dit in de Medische Paragraaf leest, zodat dit in een volgende versie van de Medische Paragraaf eventueel kan worden aangepast.

Daarnaast bevat uw reactie op de Medische Paragraaf ook een aantal elementen waar wij graag meer inhoudelijk op willen reageren. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Opleidingseisen
- Raakvlak met de praktijk
- Zonder medisch beoordelingstraject geen finale kwijting
- Advies inschakelen belangenbehartiger
- Proportionaliteit in Model-adviesaanvraag
- Medische informatie wordt in beginsel verzameld door de medisch adviseurs
- Gedragsregels medisch adviseur
- Persoonlijk onderzoek van de benadeelde
- Opmerkingen inzake de medische expertise

Opleidingseisen

De Medische Paragraaf bevat de goede praktijk (2a):

‘Partijen schakelen de hulp in van een gekwalificeerd medisch adviseur.’

In de toelichting op deze goede praktijk is bepaald:

‘Een medisch adviseur staat als arts in het BIG-register ingeschreven en houdt zich aan de voor de beroepsgroep van medisch adviseurs geldende beroepscode. Een voor letselschadezaken gekwalificeerd medisch adviseur heeft op het beroep van medisch adviseur toegespitste scholing gevolgd, waarin ruime aandacht is besteed aan de medische beoordeling in civiele aansprakelijkheidszaken (een dergelijke opleiding wordt o.a. aangeboden door het NSPOH) (Netherlands School of Public & Occupational Health). Hij neemt deel aan de na- en bijscholingsactiviteiten die op dit vakgebied worden aangeboden.’

In uw reactie geeft u aan dat (het Artsenoverleg van) de WAA met name veel moeite heeft met de opvatting dat er (mede gelet op de diversiteit in achtergronden van medisch adviseurs) opleidingseisen aan de medisch adviseur gesteld zouden moeten worden en dat er – wat u betreft – nog geen (goede) opleiding tot medisch adviseur bestaat.

Gelet op de diversiteit in achtergrond van medisch adviseurs is het inderdaad – zoals in paragraaf 4.5 van de Medische Paragraaf ook staat beschreven – heel moeilijk om het deskundigheidsgebied van ‘de’ medisch adviseur in algemene zin af te bakenen. Medisch adviseurs moeten daarbij echter ook over een aantal aanvullende competenties en vaardigheden beschikken dat los staat van de (specifieke) achtergrond van de betreffende arts, maar dat wel nodig is om het beroep van medisch adviseur in civiele aansprakelijkheidszaken uit te kunnen oefenen. Voor het opdoen (en onderhouden) van dergelijke competenties en vaardigheden, is het volgen van op het beroep van medisch adviseur toegespitste scholing (waaronder ook na- en bijscholing) noodzakelijk. Wat ons betreft komt dit overeen met de kern van uw betoog ‘dat de medisch adviseur zich op adequate wijze dient te bewamen op de specifieke aandachtsgebieden die eigen zijn aan zijn vakgebied’.

De Medische Paragraaf bevat geen dwingende voorschriften ten aanzien van de vorm en inhoud van dergelijke scholing, anders dan dat er ruime aandacht moet worden besteed aan medische beoordeling in civiele aansprakelijkheidszaken. Het is aan de beroepsgroep zelf om overeenstemming te bereiken over de inhoudelijke eisen die aan een dergelijke opleiding moeten worden gesteld. De door de NSPOH aangeboden opleiding is een voorbeeld van een opleiding waarmee aan het vereiste van scholing kan worden voldaan. Voor zover ons

bekend is dit momenteel de enige en meest specifieke opleiding die er op dit gebied wordt aangeboden.

Het is naar onze mening aan de beroepsgroep om eventueel alternatieve (praktijk)opleidingen en vormen van scholing te ontwikkelen en aan te bieden. Daar gaat de Medische Paragraaf niet over. De Medische Paragraaf bepaalt slechts dat er scholing (en na- en bijscholing) moet worden gevolgd, die is toegespitst op het beroep van medisch adviseur, en waarin ruime aandacht is besteed aan de medische beoordeling in civiele aansprakelijkheidszaken. Wij merken op dat een vrijblijvender en ruimer formulering dan deze moeilijk denkbaar is, zonder dat er in feite zou komen te staan dat er voor het beroep van medisch adviseur geen specifieke scholing nodig is – een standpunt dat in de huidige tijd voor geen enkele beroep meer houdbaar is, en naar onze indruk ook voor het beroep van medisch adviseur (terecht) door niemand wordt ingenomen.

Wij denken net als u dat er voor medisch adviseurs die wel over jarenlange praktijkervaring beschikken, maar nooit specifieke op het beroep van medisch adviseur toegespitste scholing hebben gevolgd, behoefte is aan een acceptabele overgangsregeling (bijvoorbeeld een pakket soepele beleidsregels met betrekking tot vrijstellingen en overgangsregels). Ook dergelijke initiatieven zullen echter door de beroepsgroep zelf moeten worden genomen. Mocht het naar aanleiding van door de beroepsgroep genomen initiatieven op het gebied van scholing en/of bijbehorende overgangsregelingen nodig blijken te zijn om de tekst van de Medische Paragraaf aan te passen, behoort dat vanzelfsprekend tot de mogelijkheden.

Raakvlak met praktijk

U geeft verder aan dat er in de Medische Paragraaf veel ‘oplossingen’ worden geboden voor ‘problemen’ die door (het Artsenoverleg van) de WAA niet als zodanig worden ervaren. De door ons in het rapport ‘*Medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen*’ geformuleerde en aan de Medische Paragraaf ten grondslag gelegde knelpunten vloeien echter allemaal voort uit de expertmeetings die in het kader van dit project zijn georganiseerd en werden blijkens die meetings in de praktijk wel degelijk als probleem ervaren. Dit geldt ook voor het knelpunt dat medisch adviseurs in de loop der jaren teveel deel zijn gaan uitmaken van het juridische strijdtoneel, (te) vaak meekleuren met hun opdrachtgevers en de verhoudingen in het medisch beoordelingstraject daardoor gepolariseerd zijn geraakt.²

² De goede praktijk dat de medisch adviseur in zijn medische advisering streeft naar zo groot mogelijke objectiviteit en onafhankelijkheid (goede praktijk 4a) vloeit direct voort uit de tuchtrechtspraak (CTG 24 februari 2009, 2007/075).

Ook de ontwikkeling van de verschillende formats voor adviesaanvragen/vraagstellingen, volmachten, gerichte medische machtigingen en adviezen van de medisch adviseur komt voort uit een in de praktijk bestaande behoefte. Ten aanzien van het rapportageformat voor het medisch advies geldt dat dit uit een aantal algemene onderdelen bestaat dat in nagenoeg alle letselschadezaken relevant is:

“Datum adviesaanvraag:

Dossiernummer:

- A. Kerngegevens (gegevens betrokkene en gegevens verzekeraar):
- B. Weergave vraagstelling:
- C. Overzicht opgevraagde en geraadpleegde medische informatie:
- D. Onderzoeksactiviteiten:
- E. Beschouwing a.d.h.v. vraagstelling:
- F. Standpunt medisch adviseur wederpartij en reactie daarop:
- G. Overigen opmerkingen en/of vragen aan opdrachtgever:
- H. Suggesties voor het vervolgtraject:
- I. Bijlagen:”

Wij zien dan ook niet in waarom de uniformering die dit format beoogt te bewerkstelligen, niet zou stroken met de grote diversiteit aan zaken waarin medisch advies wordt gevraagd. Daar komt bij dat deze uniformering met name ziet op de vorm van het medisch advies, en niet op de (medische) inhoud die vanzelfsprekend in iedere zaak anders is.

Tot slot worden er door (het Artsenoverleg van) de WAA de nodige vraagtekens gezet bij de praktische uitvoerbaarheid van de goede praktijken uit de Medische Paragraaf en de bijbehorende werkdocumenten (waarbij u zich afvraagt in hoeverre is geparticipeerd in de dagelijkse gang van zaken bij een medisch adviesbureau). We kunnen voorop stellen dat de Medische Paragraaf (evenals de IWMD Vraagstelling Causaal Verband bij Ongeval) als studiemodel is ontwikkeld. Het is onvermijdelijk dat de toepassing van dergelijke documenten in de praktijk tot vragen en opmerkingen (en hopelijk ook tot suggesties voor verbeteringen) gaat leiden. Zoals reeds malen benadrukt, zijn de Medische Paragraaf en de bijbehorende werkdocumenten echter in nauwe samenspraak met de praktijk ontwikkeld. De deelnemende professionals (waaronder ook medisch adviseurs) behandelen allemaal dagelijks dossiers en hebben op voorhand geen onoverkomelijke problemen gezien voor wat betreft de uitvoering en het gebruik van de goede praktijken en de werkdocumenten in de praktijk. Vanzelfsprekend zal de daadwerkelijke praktische uitvoering van het geheel in de toekomst moeten gaan blijken, waarbij de nodige aan-

passingen onvermijdelijk zullen zijn. In dat kader blijven vragen, opmerkingen en suggesties voor verbeteringen ook in de toekomst erg welkom.

Zonder medisch beoordelingstraject geen finale kwijting (Het Artsenoverleg van) de WAA heeft er bezwaar tegen dat partijen in gezamenlijk overleg kunnen besluiten dat er geen medisch beoordelingstraject wordt opgestart (ook als er niet aan de in paragraaf 1.1 genoemde criteria wordt voldaan en het dus om ernstiger letsel gaat). Hier kleven inderdaad bezwaren aan, en die zijn in het kader van de totstandkoming van de Medische Paragraaf ook uitvoerig aan bod gekomen en besproken.³

Aan die bezwaren is tegemoet gekomen door een goede praktijk (onder 1g) op te nemen waarin is bepaald dat de verzekeraar zonder medisch beoordelingstraject geen finale kwijting van de benadeelde mag verlagen:

‘Zonder medisch beoordelingstraject wordt van de benadeelde in beginsel geen finale kwijting verlangd. Indien en voor zover partijen wel finale kwijting overeen wensen te komen, dient in de vaststellingsovereenkomst een voorbehoud te worden opgenomen voor wat betreft eventuele medische gevolgen van het ongeval die zich mogelijk in de toekomst nog zouden kunnen openbaren.’

De achterliggende gedachte is dat als er geen medisch beoordelingstraject wordt opgestart en er geen medisch adviseur wordt ingeschakeld, er ook geen onderzoek wordt gedaan naar eventuele gevolgen van de schadeveroorzakende gebeurtenis die zich mogelijk in de toekomst nog zouden kunnen manifesteren (zoals bijvoorbeeld artrose). Mochten dergelijke gevolgen zich op een later moment alsnog openbaren, dan moet de benadeelde op de zaak terug kunnen komen en aanvullende schadevergoeding kunnen vorderen.

Advies inschakelen belangenbehartiger

De stelling van (het Artsenoverleg van) de WAA dat de Medische Paragraaf zou voorschrijven dat de verzekeraar de benadeelde niet zou hoeven adviseren om een belangenbehartiger in te schakelen indien een medisch beoordelingstraject wordt opgestart en de benadeelde tevreden is, moet zijn gebaseerd op een onjuiste lezing van de goede praktijk onder 1f en de bijbehorende toelichting:

‘Heeft een benadeelde geen belangenbehartiger dan kunnen zich in het medisch beoordelingstraject twee momenten voordoen waarop de verzekeraar de benadeelde (opnieuw) behoort te adviseren een belangenbehartiger in te schakelen:

- zodra de medisch adviseur van de verzekeraar gemotiveerd aangeeft behoefte te hebben aan aanvullende informatie uit de medische voorgeschiedenis van de benadeelde of juist

³ Zie hiervoor de notulen van de werkgroep Medische advisering (in het bijzonder de notulen van 8 april 2010): www.rechten.vu.nl, > Onderzoek, > Onderzoekscentra, > Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging, > Projecten, > Het medisch beoordelingstraject bij letselschade.

aan medische informatie van (geruime tijd) na de schadeveroorzakende gebeurtenis;’

en daarna eventueel nogmaals:

- zodra het er naar uit ziet dat aan de inhoud van deze medische informatie voor de benadeelde nadelige conclusies zullen worden verbonden.’

In de toelichting bij deze goede praktijk wordt erop gewezen dat de verzekeraar op grond van de GBL gehouden is de benadeelde al tijdens het eerste contact te wijzen op de mogelijkheid om een belangenbehartiger in te schakelen. Er kan zich echter altijd een situatie voordoen waarin een benadeelde op het moment dat een medisch beoordelingstraject wordt opgestart (nog) geen belangenbehartiger heeft ingeschakeld. Het enkele feit dat er een medisch beoordelingstraject wordt opgestart en er medische informatie wordt verzameld die betrekking heeft op de directe nasleep van het ongeval, brengt (nog) niet mee dat de benadeelde nogmaals op de mogelijkheid moet worden gewezen om een belangenbehartiger in te schakelen.

Dit wordt echter anders – zo schrijft de Medische Paragraaf voor – op het moment dat:

- de medisch adviseur van de verzekeraar inzage wenst in medische informatie van de benadeelde die geen, althans niet direct betrekking heeft op het ongeval (bijvoorbeeld informatie uit iemands medische voorgeschiedenis), en vervolgens nogmaals op het moment dat:
- het er naar uit ziet dat de verzekeraar voor de benadeelde nadelige conclusies gaat verbinden aan de inhoud van voornoemde medische informatie (zoals bijvoorbeeld het betwisten van causaal verband).

Op die momenten moet de verzekeraar de benadeelde adviseren (derhalve dwingender dan enkel wijzen op de mogelijkheid) om een belangenbehartiger in te schakelen.

De GBL en Medische Paragraaf bevatten dus drie momenten waarop de verzekeraar de benadeelde moet wijzen op de mogelijkheid / moet adviseren om een belangenbehartiger in te schakelen. De benadeelde kan hier vanzelfsprekend echter niet toe worden gedwongen en dus kan de mogelijkheid dat de benadeelde hier niet toe overgaat omdat hij (terecht of onterecht) tevreden is over de manier waarop de schadeafwikkeling verloopt, niet worden uitgesloten.

Proportionaliteit in Model-adviesaanvraag

(Het Artsenoverleg van) de WAA heeft verder kritiek op de omvang/uitgebreidheid van de vragen aan de

medisch adviseur in de Model-adviesaanvraag (werkdokument 2): er dient in de adviesaanvraag slechts ruimte te zijn voor een aantal concrete vragen die volgens een zogenaamd groeimodel kunnen worden uitgebreid.

Gelet op de toelichting op het gebruik van de Model-adviesaanvraag en de vraagstelling in paragraaf 2.3 en 2.4 van de Medische Paragraaf, kunnen wij deze kritiek niet goed plaatsen. In de toelichting wordt immers benadrukt dat het vragen van medisch advies moet voldoen aan het vereiste van proportionaliteit en dat dit meebrengt dat het nadrukkelijk niet de bedoeling is dat alle vragen uit de Model-adviesaanvraag in iedere letselschadezaak aan de medisch adviseur worden voorgelegd. Daarom zit er ook een duidelijke opbouw in de Model-adviesaanvraag en zijn vragen ingedeeld in categorieën. Er is een beperkt aantal vragen dat in nagenoeg iedere letselschadezaak relevant is. Deze categorie is niet gemarkeerd. Naarmate een letselschadezaak ingewikkelder wordt, kunnen deze vragen worden uitgebreid met de oranje gemarkeerde vragen (in een aanzienlijk deel van de letselschadezaken relevant) en eventueel met de rood gemarkeerde vragen (in een beperkt aantal van de letselschadezaken relevant). In het overgrote deel van de letselschadezaken zal dus kunnen worden volstaan met een beperkt aantal (bij voorkeur concrete⁴) vragen. Enkel en alleen in de meest omvangrijke en complexe letselschadezaken zal gebruik moeten worden gemaakt van (nagenoeg) alle vragen uit de Model-adviesaanvraag, maar dat wordt dan ook door de omvang en complexiteit van dergelijke zaken gerechtvaardigd.

Voorts staat in paragraaf 2.6 van de Medische Paragraaf conform de gedachte van (het Artsenoverleg van) de WAA beschreven dat de Model-adviesaanvraag een groeimodel is dat naarmate het medisch beoordelingstraject vordert, steeds zal kunnen en moeten worden uitgebreid en aangevuld.

Medische informatie wordt in beginsel verzameld door de medisch adviseurs

In uw brief wordt opgemerkt dat de goede praktijk onder 1d, dat medische informatie “in beginsel” wordt verzameld door de medisch adviseurs, zou moeten worden toegelicht. Een uitgebreide toelichting van deze praktijk wordt gegeven in paragraaf 3.4 van de Medische Paragraaf. Aan verzekeraarszijde is het verzamelen van medische informatie op grond van de wet- en regelgeving voorbehouden aan de medisch adviseur. Aan de zijde van de benadeelde mag de medische informatie zowel door de belangenbehartiger als door de medisch adviseur worden opgevraagd. Overeenkomstig de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, geeft de Medische Paragraaf aan dat het ook aan de zijde van de benadeelde de voorkeur verdient dat de medisch

⁴ In paragraaf 2.4 van de Medische Paragraaf wordt benadrukt dat het vragen van een gericht en op de zaak toegesneden medisch advies het uitgangspunt is: de Model-adviesaanvraag en de vraagstelling beogen daar behulpzaam bij te zijn.

adviseur een centrale rol vervult bij het opvragen van medische informatie. Hoe de belangenbehartiger en de medisch adviseur van de benadeelde dit onderling invullen en vorm geven staat hen verder vrij. Wij hebben niet de indruk dat hierover met u verschil van mening bestaat.

Hetzelfde geldt voor overleg tussen medisch adviseurs onderling. Overleg is wenselijk; de manier waarop partijen hier vorm en inhoud aan geven staat hen vrij.

Gedragsregels medisch adviseur

Volgens (het Artsenoverleg van) de WAA is de gedragsregel dat de medisch adviseur zijn oordelen dient te beperken tot het werkterrein waarop hij deskundig is, te vaag, omdat er soms sprake is van specifieke deskundigheid en soms van algemene deskundigheid.

In paragraaf 4.5 van de Medische Paragraaf wordt uitgebreid op deze problematiek ingegaan. Hier wordt beschreven dat het vakgebied van de medisch adviseur breed is en dat hij – enigszins vergelijkbaar met de huisarts – over brede generalistische kennis dient te beschikken. De grenzen van zijn deskundigheidsgebied zijn in algemene zin moeilijk aan te geven. Dit hangt onder andere samen met de diversiteit in achtergrond van medisch adviseurs (bijvoorbeeld orthopedie, neurologie of verzekeringsgeneeskunde). Naast de steeds noodzakelijke breedte kan er op onderdelen dus ook sprake zijn van individuele diepgang. U stelt terecht dat de inhoud van het medisch advies (de inhoud van hetgeen de medisch adviseur stelt en de onderbouwing daarvan) getoetst moet worden. Hierbij kan de specifieke deskundigheid van de medisch adviseur in kwestie echter wel een belangrijke rol spelen. Zo zal het een medisch adviseur met een neurologische achtergrond zijn toegestaan om uitspraken te doen op neurologisch gebied, terwijl een medisch adviseur met een verzekeringsgeneeskundige achtergrond zich in dat kader aanzienlijk terughoudender op zal moeten stellen en eerder de gespecialiseerde kennis van een neuroloog in zal moeten schakelen.

De gedragsregel dat de medisch adviseur in zijn medisch advies duidelijk moet aangeven waar de beoordeling van de gezondheidstoestand van de benadeelde ophoudt en zijn eigen visie begint, is rechtstreeks afkomstig vanuit de tuchtspraak, waarin overigens ook algemeen is aanvaard dat de beoordeling van een papieren dossier eveneens een ‘beoordeling van de gezondheidstoestand’ is.

In de Medische Paragraaf wordt verder uitgebreid aandacht besteed aan de gecompliceerde rol van de medisch adviseur. Enerzijds is de medisch adviseur (BIG geregistreerd) arts en op grond van zijn professionele autonomie gehouden tot objectiviteit en onafhankelijkheid. Anderzijds wordt hij ingeschakeld om een van beide partijen in een letselschadezaak te adviseren en dat brengt onvermijdelijk een eenzijdige positie met zich mee. Om hier op een juiste manier invulling aan te kunnen geven, is het noodzakelijk dat de medisch adviseur zich bewust is van- en goed geïnformeerd is over de juridische context waarbinnen hij opereert. Hier hoort bij dat de medisch adviseur in staat is om deel te nemen aan de eventuele polemiek over de inschatting en interpretatie van medische gegevens. Waarbij de medisch adviseur zich ervan bewust moet zijn dat: ‘[De medisch adviseur] in de eerste plaats arts is, daarnaast medisch adviseur (en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger van de verzekeringsmaatschappij) [...]’.⁵ Het is van belang dat hier in de scholing van de medisch adviseur aandacht aan wordt besteed.

Persoonlijk onderzoek van de benadeelde

Indien de benadeelde over een eigen belangenbehartiger en medisch adviseur beschikt, ligt het – zoals u ook bepleit – voor de hand dat eventueel persoonlijk onderzoek door de medisch adviseur van de verzekeraar gezamenlijk met de medisch adviseur van de benadeelde wordt verricht.

Zoals hiervoor reeds aan de orde kwam, komt het echter ook voor dat een benadeelde geen belangenbehartiger heeft ingeschakeld en dus ook niet over een eigen medisch adviseur beschikt. In dergelijke (uitzonderlijke) gevallen kan de medisch adviseur van de verzekeraar de benadeelde eventueel alleen persoonlijk onderzoeken. De benadeelde dient hier vanzelfsprekend wel toestemming voor te geven en ook de verplichting voor de verzekeraar om de benadeelde te adviseren een belangenbehartiger in te schakelen (goede praktijk onder 1f) geldt hier onverkort (als er medische informatie is (op)gevraagd die geen betrekking heeft op het ongeval).

Opmerkingen inzake de medische expertise

Medische expertises zijn over het algemeen tijdrovend, kostbaar en – niet in de laatste plaats – belastend voor de benadeelde. Uit het aan de Medische Paragraaf ten grondslag liggende beginsel van proportionaliteit vloeit derhalve voort dat medische expertises tot een minimum moeten worden beperkt. Vanzelfsprekend kunnen er zich situaties voordien waarin een medische expertise toch noodzakelijk is. Dit is het geval (i) als de medisch

⁵ RTG Amsterdam 26 mei 2009, 08/030 en 08/028. Ondanks dat de klacht in de eerste zaak door het CTG alsnog ongegrond is verklaard (CTG C2009.0228) en het CTG de medisch adviseur in de tweede zaak een waarschuwing heeft opgelegd (het RTG had in eerste instantie een berisping opgelegd) (CTG C2009.229), blijft de door het RTG geformuleerde omschrijving van de objectiviteit en onafhankelijkheid van de medisch adviseur als zodanig zeer bruikbaar.

adviseur(s) over onvoldoende specialistische kennis beschikken om de voorliggende problematiek te kunnen beoordelen, (ii) als er onvoldoende (gedetailleerde) medische (onderzoeks)gegevens beschikbaar zijn om de voorliggende problematiek te kunnen beoordelen, of (iii) als de medisch adviseurs op bepaalde punten van mening blijven verschillen (goede praktijk onder 5a). Het door het Artsenoverleg omschreven geval dat een medische expertise nodig is omdat (recente) onderzoeksbevindingen ontbreken die wel nodig zijn om een juiste inschatting te kunnen maken van het percentage functieverlies, de beperkingen en de prognose, komt wat ons betreft overeen met punt (ii): als er onvoldoende (gedetailleerde) medische (onderzoeks)gegevens beschikbaar zijn om de voorliggende problematiek te kunnen beoordelen. Naar ons idee bestaat hierover dus geen verschil van mening.

Het Artsenoverleg geeft voorts aan een beperkte vraagstelling ongewenst te vinden. Zoals in de goede praktijk onder 5b van de Medische Paragraaf is bepaald, komen partijen bij voorkeur in gezamenlijk overleg tot een vraagstelling aan de deskundige. Voor wat betreft de inhoud en omvang van de vraagstelling kan voor zaken die zich daarvoor lenen aansluiting worden gezocht bij de IWMD Vraagstelling Causaal Verband bij Ongeval, maar het staat partijen vanzelfsprekend vrij daar in overleg van af te wijken. In zijn algemeenheid lijkt het overigens niet zinvol – en ook niet proportioneel – om de onafhankelijke deskundige vragen voor te leggen waarover geen onduidelijkheid en geen geschil bestaat.

Tot slot vindt (het Artsenoverleg van) de WAA het onwenselijk dat eventuele uiteenlopende standpunten van partijen vooraf aan de onafhankelijke deskundige bekend worden gemaakt omdat de onafhankelijke deskundige dan niet meer onbevooroordeeld zou kunnen oordelen. Deze zorg delen wij niet. De ervaring is juist dat een deskundige die weet wat de standpunten van partijen

over de hem voorgelegde materie zijn en de daarvoor gegeven redenen, in het algemeen beter in staat is om antwoorden op de gestelde vragen te geven die de zaak daadwerkelijk verder helpen, dan de deskundige voor wie de inhoud van het partijdebat verborgen wordt gehouden. Als meest optimaal wordt zelfs het scenario gezien waarin de deskundige vooraf met partijen meedenkt over wat – gegeven hetgeen partijen verdeeld houdt – de vraagstelling voor zijn onderzoek zou moeten zijn, een scenario waarvan om redenen van kostenefficiëntie in ons land slechts zelden gebruik wordt gemaakt. Uiteraard wordt de deskundige geïnformeerd over de standpunten van beide partijen. Te bedenken valt dat het in gerechtelijke procedures waarin onafhankelijke deskundigenberichten worden uitgebracht, volstrekt gebruikelijk is dat de deskundige (voorafgaand aan de totstandkoming van zijn rapport) de processtukken ontvangt en dus volledig op de hoogte is van het geschil en de standpunten van partijen. Met name als tussen partijen geen overeenstemming bestaat over bepaalde feiten (bijvoorbeeld de snelheid bij een aanrijding), is het zelfs noodzakelijk om de deskundige hierover te informeren, aangezien een onafhankelijk deskundigenrapport dat is gebaseerd op feiten waarover naderhand geen overeenstemming blijkt te bestaan, over het algemeen niet bruikbaar is voor de verdere afwikkeling.

Wij hopen u hiermee meer inzicht te hebben gegeven in de totstandkoming en de inhoud van de Medische Paragraaf en de uiteenlopende afwegingen dat daaraan ten grondslag hebben gelegen. Mocht u naar aanleiding van deze reactie nog behoefte hebben aan nader overleg, staan wij daar vanzelfsprekend voor open.

Met vriendelijke groet,
namens de Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging
Mr. A. Wilken
Prof.mr. A.J. Akkermans